



¿Es esto para una renovación? Sí No

Solicitud de subsidio

NOTA Utilice tinta azul o negra para completar esta solicitud. Suministrar su número de Seguro Social (SSN, siglas en inglés) es voluntario. Si no proporciona su número de SSN, le asignaremos un número de identificación. Dependemos de su número de SSN para verificar los ingresos con determinadas fuentes, y para coordinar los beneficios con su aseguradora.

Sección 1: Información del empleado					Si necesita un intérprete, llame al 1-800-377-0926					
Apellido del solicitante			Nombre			Inicial del segundo nombre				
Se requiere domicilio particular; debe proporcionar comprobante (fax/correo) Departamento Nro.			Ciudad		Condado		Estado	Código postal		
Domicilio postal o casilla de correos (si es diferente de lo anterior)			Ciudad		Condado		Estado	Código postal		
Teléfono particular ()		Otro teléfono ()		Estado civil (marcar una)			<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a o legalmente separado/a <input type="checkbox"/> Casado/a - Fecha de matrimonio			
Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (opcional)			Fecha de nacimiento / /					
Correo electrónico										
Si el documento que usted está presentando como comprobante de residencia tiene una dirección distinta de la dirección que figura en esta solicitud, por favor explique el motivo.										

Sección 2: Información del cónyuge					Complete esta sección, incluso si no está solicitando un subsidio para su cónyuge.					
Apellido del cónyuge			Nombre			Inicial del segundo nombre				
Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (opcional)			Fecha de nacimiento / /					

Sección 3: Dependientes legales					Complete esta sección para dependientes legales, incluso si no está solicitando un subsidio.				
Enumere todos sus dependientes legales, menores de 19 años de edad, incluso si no desea un subsidio HIP para ellos o si no viven en su casa. No incluya a niños en cuidado sustituto. Si está solicitando un subsidio para sus dependientes legales de entre 19 y 26 años de edad, debe enumerarlos a continuación. (Si son más de cuatro, enumérelos en una hoja por separado o copie esta página).									
1	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre				Relación con el solicitante				
Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (opcional)			Fecha de nacimiento / /				
¿Solicita un subsidio HIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
2	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre				Relación con el solicitante				
Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (opcional)			Fecha de nacimiento / /				
¿Solicita un subsidio HIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
3	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre				Relación con el solicitante				
Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (opcional)			Fecha de nacimiento / /				
¿Solicita un subsidio HIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
4	Apellido, nombre, inicial del segundo nombre				Relación con el solicitante				
Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		Número de Seguro Social (opcional)			Fecha de nacimiento / /				
¿Solicita un subsidio HIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el dependiente alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

COBERTURA MÉDICA DE LOS HIJOS: Es posible que sus hijos califiquen para el programa Apple Health for Kids u otra atención de salud de bajo costo, incluyendo programas que pueden ayudar a pagar las primas del seguro de salud. Para mayor información, sírvase llamar a los números de teléfono gratuitos que figuran a continuación.

Programa Apple Health for Kids del DSHS:
1-877-543-7669 (www.applehealthforkids.wa.gov)

Programas de pago de primas del DSHS:
1-800-794-4360 Opción 3

Sección 4: Información acerca del empleo

Complete la siguiente información de todos los empleadores actuales para usted y para su cónyuge, si está casado/a. Si necesita más espacio, utilice una hoja aparte e incluya su nombre y dirección completos.

Solicitante	Empleador/nombre de la compañía	
	Domicilio del empleador	
	Teléfono del empleador ()	Fecha en que comenzó a trabajar para este empleador
	¿Ha cambiado de empleador en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Han cambiado sus ingresos en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Explique brevemente por qué tuvo un cambio de empleador o de ingresos en los últimos 12 meses.	
Cónyuge	Empleador/nombre de la compañía	
	Domicilio del empleador	
	Teléfono del empleador ()	Fecha en que comenzó a trabajar para este empleador
	¿Ha cambiado de empleador en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Han cambiado sus ingresos en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Explique brevemente por qué tuvo un cambio de empleador o de ingresos en los últimos 12 meses.	
Dependiente legal, 19 a 26 años	Empleador/nombre de la compañía	
	Domicilio del empleador	
	Teléfono del empleador ()	Fecha en que comenzó a trabajar para este empleador
	¿Ha cambiado de empleador en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Han cambiado sus ingresos en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Explique brevemente por qué tuvo un cambio de empleador o de ingresos en los últimos 12 meses.	

Sección 5: Family Gross Income

¿Cómo se calculan los ingresos de la familia?

HIP exige prueba de los ingresos provenientes de todas las fuentes para calcular los ingresos brutos de su familia. "Ingresos brutos de la familia" significa la totalidad de ingresos en efectivo, antes de impuestos, percibidos por el solicitante, su cónyuge y dependientes adultos. También se tienen en cuenta algunos ingresos percibidos por los hijos dependientes. Todos los documentos sobre ingresos deben incluir:

- Nombre del destinatario;
- El período de tiempo por el cual se pagó o percibió el ingreso;
- La fecha en que se pagó el ingreso;
- Montos de los ingresos brutos

Documentación requerida:

- Su formulario 1040 del IRS (Servicio de Rentas Internas) –o una transcripción del IRS de su formulario del impuesto federal sobre los ingresos– para el año fiscal más reciente.
- Si usted, su cónyuge o dependiente no presentaron una declaración de impuestos, debe presentar una **Constancia de no declaración de impuestos** con esta solicitud de subsidio. En estos casos, HIP exigirá la documentación de ingresos que figura en la Sección 7. HIP también exigirá talones de pago para los últimos 90 días, y promediará los salarios durante tres meses.

Cuando no se pueden presentar talones de pago, es posible que HIP acepte:

- Una declaración del empleador fechada y firmada (la declaración debe incluir el nombre del empleador, períodos de pago, fechas de pago y monto del ingreso bruto).

No envíe originales por correo a HIP; no se le devolverán.

Para solicitar una transcripción de su formulario del impuesto federal sobre los ingresos, llame al IRS al 1-800-829-1040.

Sección 6: Constancia de no declaración de impuestos

Sírvase explicar por qué usted o los miembros de su familia no presentaron una declaración de impuestos ante el Servicio de Rentas Internas (IRS) para el año fiscal más reciente:

Mi firma a continuación certifica que he suministrado toda la documentación disponible sobre los ingresos de la familia, según lo solicitado por HIP. No presenté una declaración de impuestos ante el Servicio de Rentas Internas para el año fiscal más reciente por el motivo que se indica más arriba.

X _____ Fecha

Firma del solicitante

Fecha

X _____ Fecha

Firma del cónyuge

Fecha

X _____ Fecha

Firma del dependiente legal (19 a 26 años)

Fecha

Sección 7: Documentación aceptable sobre ingresos

Por favor proporcione documentación sobre sus ingresos si no presentó una declaración de impuestos. Sólo se considerarán como Ingresos los elementos que se identifican específicamente a continuación.

No envíe originales por correo a HIP; no se le devolverán.

Tipo de ingreso	Documentación
Sueldos, salarios, propinas, comisiones <ul style="list-style-type: none"> • Horas extra • Asignación para alojamiento/viajes, si están incluidos en el pago neto • Bonificaciones, beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de los talones de pago • Carta del empleador fechada y firmada
Ingresos provenientes del empleo autónomo (agrícola y no agrícola)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Formulario de declaración de ingresos por alquileres/empleo autónomo de HIP (consulte la Sección 8)</i>
Ingresos por alquileres	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Formulario de declaración de ingresos por alquileres/empleo autónomo de HIP (consulte la Sección 8)</i>
Estipendio, trabajo-estudio, pasantía	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de los talones de pago • Carta de otorgamiento • Declaración firmada y fechada de una institución de educación superior
Salarios de los trabajadores del área de cuidados personales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Formulario de notificación de envío y factura del SSPS del DSHS</i>
Pagos periódicos provenientes de: <ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social • Jubilación de empleados ferroviarios • Jubilación o pensión de las Fuerzas Armadas • Pago por discapacidad de las Fuerzas Armadas (VA – Asuntos de Veteranos) • Pensión para empleados gubernamentales • Pensión de compañías privadas • Seguro de desempleo • Pagos de seguro privado por discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de otorgamiento o declaración de beneficios • Declaración del pagador firmada y fechada • Orden de pago de L&I • Comprobante impreso por computadora de la entidad/pagador (Departamento de Seguridad de Empleo, Administración del Seguro Social, etc.)
Pagos periódicos de anualidades	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la institución
Pensión alimenticia	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración firmada y fechada o copia de cheque personal de la persona que paga pensión alimenticia • Declaración firmada y fechada de la persona que recibe pensión alimenticia
Dividendos e intereses	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la empresa de inversiones, banco o institución financiera • Formulario 1099 INT/DIV
Regalías	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del contrato • Copia del cheque
Herencias, sucesiones, fideicomisos	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de la corte • Declaración del fideicomisario, abogado, banco o institución financiera • Copia del cheque • 1099R
Daños de tipo punitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Documentos de la corte

Sección 8: Formulario de declaración de ingresos por alquileres o empleo autónomo

Complete esta sección si usted es un empleado autónomo o tiene ingresos por alquileres y no ha presentado un formulario de impuestos 1040 ante el IRS.

Nombre		Número de Seguro Social (opcional)	
Domicilio postal			
Si ha presentado una declaración del impuesto sobre los ingresos para su compañía, proporcione una copia de los formularios 1040 del IRS. Si tiene más de una compañía, copie este formulario, o imprímalo desde www.hip.hca.wa.gov . Complete un formulario por separado para cada compañía.			
Nombre de la compañía			
Nombre(s) de el/los propietario(s) de la compañía			
Número de identificador comercial uniforme (UBI) del Estado de Washington		Marque el casillero si no tiene número de UBI <input type="checkbox"/>	
Fecha de inicio de las actividades de la compañía / /	Meses para los cuales presenta su declaración Desde / / Hasta / /		Cantidad total de meses en actividad
Tipo de compañía <input type="checkbox"/> Alquiler(es) <input type="checkbox"/> Sociedad tipo "C" <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> Único propietario <input type="checkbox"/> Sociedad tipo "S" <input type="checkbox"/> Asociación		Porcentaje de la compañía socio son propietarios si están casados %	

Ingresos	Total para este período
Ingresos brutos, ventas o ingresos por alquileres	

Gastos (relacionados con la compañía únicamente)	Total para este período
Mercadería y materiales	
Salarios brutos pagados a los empleados (menos créditos de empleo)	
Impuestos del empleador relacionados con la nómina	
Publicidad/otros gastos de promoción	
Automóviles y camiones	
Comisiones/costos administrativos	
Seguro (que no sea oferta grupal de HIP)	
Intereses: Hipoteca	
Intereses: Otros	
Honorarios legales y profesionales	
Alquiler o arrendamiento de vehículos, maquinaria, equipo	
Alquiler o arrendamiento de otros bienes de la compañía	
Reparaciones y mantenimiento	
Suministros	
Impuestos y licencias	
Viajes, comidas y entretenimiento	
Servicios públicos	
Uso comercial del hogar	
Total de gastos comerciales	
Ganancias (o pérdidas) netas totales	

Sección 9: Información voluntaria

Completar esta sección es voluntario y no afectará su elegibilidad para subsidios, pero puede ayudarnos a prestarle una mejor asistencia.

ORIGEN ÉTNICO	¿DÓNDE OBTUVO SU SOLICITUD DE HIP?	¿DÓNDE OYÓ HABLAR SOBRE HIP?
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Indígena (nativo americano) <input type="checkbox"/> Esquimal <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas Aleutianas <input type="checkbox"/> Asiático o nativo de las Islas del Pacífico (API) <input type="checkbox"/> Hispano/Latinoamericano <input type="checkbox"/> Otro o de origen étnico mixto	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Organización local sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Consultorio médico/hospital/clínica <input type="checkbox"/> Agente/corredor de seguros <input type="checkbox"/> Oficina pública, tal como el DSHS o el departamento de salud <input type="checkbox"/> Llamé al HIP y lo recibí por correo <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Familia/amigo/sitio Web _____ <input type="checkbox"/> Entidad gubernamental/oficina pública _____ <input type="checkbox"/> Organización local sin fines de lucro _____ <input type="checkbox"/> Empleador _____ <input type="checkbox"/> Agente/corredor de seguros _____ <input type="checkbox"/> Otro _____

Sección 10: Permission Form (optional)

Si desea que alguna otra persona reciba información sobre su cuenta de subsidio de HIP, o para recibir ayuda con su solicitud y futuros cambios en su cuenta, por favor complete, firme y coloque la fecha en este formulario.

Este formulario es sólo para uso de HIP. No se utilizará para información médica, ni se comunicará a su plan de salud. Este permiso estará en vigor hasta que a usted se le desinscriba de HIP o hasta que usted nos pida que lo cancelemos.

Para Health Insurance Partnership:

La(s) persona(s) que figura(n) a continuación está(n) autorizada(s) a actuar como representante(s) en mi nombre o el de mi familia en la preparación y presentación de la solicitud de Subsidio de Health Insurance Partnership (HIP) y para futuros cambios en mi cuenta de HIP.

La(s) persona(s) que figura(n) a continuación puede(n) proporcionar la información necesaria para tramitar mi solicitud, inscripción y cambios futuros en mi cuenta de subsidio de HIP.

Entiendo que al firmar este formulario, no he autorizado a que se divulga ni comparta mi información de salud.

Este permiso continuará mientras esté inscrito en HIP, a menos que le notifique a HIP que está cancelado.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta) _____

Nombre de la(s) persona(s) / representante(s) a la que se le concede permiso para acceder a la cuenta

Relación con el solicitante O nombre de la organización (indique número de teléfono o fax)

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Debe estar firmado por usted y su cónyuge

X _____ Fecha _____
Su firma

X _____ Fecha _____
Firma del cónyuge

Firma de todos los dependientes legales de 18 años de edad o mayores que están solicitando subsidio de HIP

X _____ Fecha _____
Firma del dependiente legal

X _____ Fecha _____
Firma del dependiente legal

Las leyes del Estado de Washington pueden exigir la divulgación de cualquier información que usted presente como un registro público. HIP es administrado por la Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority). Nuestra Notificación de Privacidad está disponible a pedido llamando al 360-923-2822 o en Internet en www.hca.wa.gov.

Sección 11: Aceptación y firma

Entiendo que:

- Debo proporcionar prueba de los ingresos brutos de mi familia (antes de impuestos y deducciones).
- Al firmar este formulario, he autorizado a HIP a verificar mi información de elegibilidad y los ingresos de la familia con otras entidades estatales o federales u otras fuentes de terceros.
- Debo informar de los cambios de domicilio dentro de los 30 días.
- Debo informar de los cambios en la familia que requieran una nueva inscripción en HIP dentro de los 30 días. Por ejemplo, un matrimonio y/o el nacimiento o la adopción de un niño.
- Debo informar la desinscripción de cualquier participante de HIP dentro de los 30 días. Por ejemplo, un divorcio, o cuando un hijo abandona el hogar y deja de ser dependiente o deja de ser un estudiante de tiempo completo.
- Mi solicitud y los documentos que envío a HIP se utilizarán para determinar la elegibilidad para el subsidio de HIP según los requisitos del programa HIP.
- Los subsidios de HIP no son un derecho. El pago de subsidios se interrumpirá por las siguientes razones:
 1. Falta de pago de primas grupales por parte del empleador dentro del plazo establecido en el Acuerdo del Empleador.
 2. El participante se muda fuera del Estado de Washington.
- HIP no divulgará información sobre ingresos, pero divulgará la elegibilidad para el subsidio y el monto del subsidio a mi empleador y al corredor de seguros de salud de mi empleador. Ellos necesitan saber cuánto deducir de mi cheque de pago cada mes para pagar mi parte de la prima de seguro grupal.

He leído, y entiendo la información que se me suministra en esta solicitud. Declaro que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que una información incorrecta puede demorar o impedir mi inscripción en HIP.

El acuerdo debe estar firmado por usted y su cónyuge, si es casado/a.

X	_____	X	_____
Firma del solicitante	Fecha	Firma del cónyuge	Fecha

Firma de todos los dependientes de 18 años de edad o mayores

X	_____	X	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha
X	_____	X	_____
Firma	Fecha	Firma	Fecha

Utilice la lista de verificación a continuación para asegurarse de que ha incluido los documentos necesarios junto con su solicitud:

- Su formulario 1040 del IRS, o transcripción del IRS correspondiente al año fiscal más reciente.
- Si usted, su cónyuge o dependiente no presentaron una declaración de impuestos, debe presentar una *Constancia de no declaración de impuestos* con la solicitud de subsidio (ver Sección 6). En estos casos, HIP exigirá la documentación de ingresos en la Sección 7.
- Prueba de residencia en el Estado de Washington (por ej., factura de un servicio público con su nombre y dirección postal).

Cuando no sea posible presentar talones de pago, HIP podría aceptar una declaración fechada y firmada por el empleador. La declaración debe incluir el nombre del empleado, períodos de pago, fechas de pago y monto de los ingresos brutos.

No envíe los documentos originales; no se le devolverán.

Todos los formularios y documentación necesarios se deben enviar por correo a:

Health Insurance Partnership
Administration Office
20021 120th Ave. NE, Suite 200 • Bothell, WA 98011
(800) 377-0976 • (425) 686-1370 • Fax: (425) 686-1396

**¿Preguntas? Llame al (800) 377-0976
En Internet, visite www.hip.hca.wa.gov**



Declaración de privacidad Mantendremos la privacidad de su información según lo permitido por la ley. La Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority) del Estado de Washington administra Health Insurance Partnership. Para consultar nuestra Notificación de Privacidad, llame al 360-923-2822 o visite www.hca.wa.gov.